

低所得者向け交通運賃プログラム申請書 PLEASE PRINT CLEARLY IN ENGLISH 全てははっきりと英語で記入すること		LOW INCOME TRANSIT FARE PROGRAM APPLICATION DEPARTMENT OF TRANSPORTATION SERVICES ホノルル市群 交通課 CITY AND COUNTY OF HONOLULU 711 KAPIOLANI BOULEVARD, 16 th FLOOR, HONOLULU, HI 96813 PHONE 電話: (808) 768-8372				2022 Japanese 日本語
<p>The Low Income Transit Fare Program provides each approved applicant in an eligible household with a Low Income HOLO City Payment Card (HOLO), which allows for unlimited transit rides (excluding Handivan) until June 30, 2023, at a subsidized cost of \$45. Program funding subsidizes the difference in cost for each HOLO card. Limited funding is available each fiscal year (July 1 – June 30) for this pilot program. Once program funding is depleted, applications will not be accepted for the remainder of the fiscal year. Applications are processed on a first-come, first-served basis.</p> <p>低所得者向け交通運賃プログラムとは、対象となる世帯の承認された各申請者に低所得者用 HOLO City Payment Card (HOLO)を提供するものです。これは 2023 年 6 月 30 日までの間、助成金により 45 ドルで無制限の乗車(ハンディバンを除く)が可能になります。これは HOLO カード費用の差額を助成するもので、試験プログラムとして会計年度(7 月 1 日～6 月 30 日)間を実施されます。資金がなくなり次第、その年度の申請受け付けは終了となります。申し込みは先着順です。</p>						
<p>One application covers the entire household, but income sources and supporting documents must be provided for each person. Incomplete applications with supporting documents will be returned. Please allow 30-45 days upon submission of complete applications for processing time.</p> <p>申請書は1家族につき1枚で、家族全員分申請できます。ただし収入証明や補助書類は家族各人ごとに提出する必要があるので注意してください。書類に不備がある場合には却下/返却されます。申請書が受理されてから発行されるまで 30-45 日程かかります。</p>						
SECTION A - APPLICANT INFORMATION セクション A-申請者情報						
First Name and Middle Initial (下の)名前とミドルネームイニシャル				Last Name 姓		
Home Address (number and street, apt. no.) 住所(番地・アパート番号)				Do you receive housing assistance? Yes / No 住居扶助を受けていますか? はい / いいえ		
City, State, and Zip Code 市、州、郵便番号				Monthly Amount Received: \$ 月々の受給額		
Phone Numbers 電話番号	Home: 自宅		Work: 勤務先		Cell: 携帯	
SECTION B - HOUSEHOLD SIZE セクション B-世帯人数						
PLEASE PRINT CLEARLY IN ENGLISH 全てははっきりと英語で記入する	First Name and Middle Initial 名前とミドルネームイニシャル	Last Name 姓	Birth Date (M_D_Y) 誕生日(月 日 年)	Do you already have a Disability Bus Pass OR Handi-Van Pass 障害者用バスパスまたはハンディバンパスをすでにお持ちですか?	Relationship 関係	
1 Yourself 本人				Yes / No はい / いいえ		
2 Spouse 配偶者				Yes / No はい / いいえ		
Other Household Members 同居している家族						
3				Yes / No はい / いいえ		
4				Yes / No はい / いいえ		
5				Yes / No はい / いいえ		
6				Yes / No はい / いいえ		
7				Yes / No はい / いいえ		
8				Yes / No はい / いいえ		
Note: All persons (immediate family members, relatives, friends, others) living in your household should be listed in this section. 注意: 家族以外にも親戚、友達、その他同居人すべて書きだすこと						

SECTION C - COMBINED TOTAL ANNUAL INCOME FOR ALL PERSONS NAMED (Attach supporting documents, see Section E)

Includes wages, interest, dividends, pensions, annuities, Social Security, welfare, cash assistance, alimony, child support, food stamps, disability, or unemployment, etc. Circle "Yes" or "No" if you are receiving or not receiving any of the income sources listed below. Circle "Monthly" or "Annual" and indicate the amount received.

セクション C-上記に記入された全員の年間収入合計 (証明書類を添付すること セクション E 参照)

「収入」には給料、利息、配当金、退職金、保険年金、ソーシャルセキュリティ、生活保護、現金補助、扶助料、養育費、フードスタンプ、障害年金、失業手当を含める。以下の各カテゴリーで受給しているなら「はい」、していないなら「いいえ」に丸をつける。また受給が「月々」か「年間」かにも丸をつけ、その額を記入する。

	Monthly / Annual 月々 / 年間 IRS Income IRS 収入 (Yes / No) (はい / いいえ)	Monthly / Annual 月々 / 年間 Social Security Benefits ソーシャル セキュリティ給付 (Yes / No) (はい / いいえ)	Monthly / Annual 月々 / 年間 Food Stamps フードスタンプ (Yes / No) (はい / いいえ)	Monthly / Annual 月々 / 年間 Welfare/Cash Assistance 生活保護 / 金銭補助 (Yes / No) (はい / いいえ)	Monthly / Annual 月々 / 年間 Child Support Alimony 子供養育費・ 扶助 (Yes / No) (はい / いいえ)	Monthly / Annual 月々 / 年間 Disability Assistance 障害扶助 (Yes / No) (はい / いいえ)	Monthly / Annual 月々 / 年間 Other/Unemployment/ Foreign Accounts その他・失業手当・ 外国預金など (Yes / No) (はい / いいえ)
1 Yourself 本人							
2 Spouse 配偶者							
Other Household Members 同居している家族							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
Sub-Total 小計							

Combined Total Annual Household Income = \$

(Include Housing Assistance from Section A)

年間世帯収入すべての合計 = \$

(セクション A の住宅扶助も含む)

SECTION D - ELIGIBILITY

Circle your household size on the first row of the Table below. Is your household's combined total annual income less than the maximum income shown for your household size? Circle "NO" or "YES" on the last row of the Table.

セクション D-補助受給資格

世帯総人数に丸をつけ、世帯合計年収額が示された額以下なら「はい」、それ以上なら「いいえ」に丸をつける。

Your Household Size (From Section B) 世帯総人数 (セクション B)	1 人	2 人	3 人	4 人	5 人	6 人	7 人	8 人
Your Combined Total Income less than (From Section C) 申請者の世帯合計年収額 (セクショ ン C 参照) はこの数字以下である	\$27,450	\$31,400	\$35,300	\$39,200	\$42,350	\$45,500	\$48,650	\$53,640
Eligible (Circle Answer) 受給資格 (どちらかに丸をつける)	Yes / No (はい / いいえ)	Yes / No (はい / いいえ)	Yes / No (はい / いいえ)	Yes / No (はい / いいえ)	Yes / No (はい / いいえ)	Yes / No (はい / いいえ)	Yes / No (はい / いいえ)	Yes / No (はい / いいえ)

If you circled - **NO**. You are ineligible. **YES**. Continue with application. Eligibility will be verified and processed by Department of Community Services (DCS).

Note: Income limits are subject to change without notice, in accordance with the US Department of Housing and Urban Development Income Limits Guidelines.

NO「いいえ」なら受給資格はありません **Yes「はい」**なら記入を進めてください。

補助資格はコミュニティーサービス省(DCS)によって承認後、手続きされます。

注意: 収入額の上限は住宅都市開発省の収入上限ガイドラインにより予告無しに変更されることがあります。

SECTION E - SUPPORTING DOCUMENTATION (To verify household income, all household members **18 years and older** are required to submit the following documents **whether they receive benefits or not**. All required documents verifying household income shall be submitted with your application or your application will be returned.)

セクション E-必要書類 (世帯収入を証明するために、18歳以上の人はベネフィット受給の有無にかかわらず、全員、以下の書類を提出する必要があります。申請書と一緒に提出された書類はすべて返却されます。)	
Income Source 収入源	Documents Required 必要書類
Internal Revenue Service Tax Return Transcript IRS 納税申告書謄本 - Total Income (wages, pension, interests, dividends, annuity, unemployment compensation, etc.) すべての収入(給料、退職金、利息、配当金、保険年金、失業手当など etc)	Use Form 4506T-EZ to request Tax Return Transcript, and send to the Internal Revenue Service (see address at the back of the form). The form can be downloaded at https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/f4506tez.pdf or can be obtained from the Department of Transportation Services (DTS). The IRS will send the transcript to YOU after you mail completed Form 4506T-EZ to: Internal Revenue Service, RAIVS Team, Stop 37106, Fresno CA 93888. 納税申告書の謄本を申請するには国税局(IRS)のフォーム 4506T-EZ に記入して、IRS に郵送できます。(フォームの裏に郵送住所があります) このフォームは https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/f4506tez.pdf より、ダウンロードするか、DTS(運輸局)でも入手できます。 必要事項を記入した Form 4506T-EZ を このアドレスに郵送してください。住所: Internal Revenue Service, RAIVS Team, Stop 37106, Fresno CA 93888. 受領後申告書の謄本が送られてきます。
Social Security Benefits ソーシャルセキュリティ給付 - Supplemental Income 補助収入 - Disability 障害補助	To request a benefit verification letter: 1) online at https://secure.ssa.gov/RIL/SiView.do ; 2) phone at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778); or 3) visit the local (Oahu) Social Security Office at the following locations: Address 1: 300 Ala Moana Blvd #1114, Honolulu, HI 96850 Address 2: 970 Manawai St, Kapolei, HI 96707 ソーシャルセキュリティ給付証明の申請は 1) オンライン https://secure.ssa.gov/RIL/SiView.do 2) 電話 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) 3) オアフ島: 以下のソーシャルセキュリティオフィス 住所 1: 300 Ala Moana Blvd #1114, Honolulu, HI 96850 住所 2: 970 Manawai St, Kapolei, HI 96707
Public Assistance 公的補助 - Food Stamps フードスタンプ - Welfare/Cash Assistance 生活保護/現金補助	To request a benefit verification letter of receipt/non-receipt for food stamps and cash assistance: 1) visit your local State of Hawaii Department of Human Services (SDHS) Processing Center or 2) SDHS main office: 333 N. King Street, Honolulu HI 96817. By signing Section G, the applicant is giving DTS/DCS the authorization to verify receipt or non-receipt of public assistance from SDHS. フードスタンプや補助金など、公的補助を受けているという証明発行の申請は 1) State of Hawaii Department of Human Services (SDHS) Processing Center (ハワイ州社会事業部) または 2) SDHS メインオフィス: 333 N. King Street, Honolulu HI 96817 にて申請可能です。 またセクション G に署名することで、申請人は SDHS より公的補助を受けているかを DTS/DCS が調査することに同意することになる。
Child Support/Alimony 養育費/扶助料	Submit supporting documentation. 証明する書類を提出
Other Income-Related Sources その他の収入	Submit supporting documentation. 証明する書類を提出
SECTION F – LOW INCOME TRANSIT FARE PROGRAM SELECTION セクション F-低所得者向け交通運賃プログラムの選択 <input type="checkbox"/> ADULT(S) (18 years and older) applying for the Low Income Transit Fare Program 大人用(18歳以上)低所得者向け交通運賃プログラム申請 List Names 名前をリストする (英語で記入): _____ <input type="checkbox"/> YOUTH(S) (17 years and younger) applying for the Low Income Transit Fare Program ユース用(17歳以下)低所得者向け交通運賃プログラム申請 List Names 名前をリストする (英語で記入): _____ (To verify YOUTH class, attach a copy of the youth dependent's State Driver's License, US Passport, State ID, Permanent Residence Card, or Birth Certificate in English). (子供である証明には州発行の運転免許、US パスポート、州発効 ID、グリーンカード、英語の出生証明書を添付すること)	

SECTION G – CERTIFICATION AND SIGNED CONSENT/AUTHORIZATION TO RELEASE INCOME INFORMATION

By signing below, I certify that the information provided is true to the best of my knowledge and I must provide the documentation to support this application. I am also aware that the information that I have provided is subject to review and verification, and I authorize the release of information to verify my income sources. This information will be used only for eligibility purposes and will be treated confidentially.

Signature(s) of applicant, spouse and all household members, **18 years and older**.

セクション G-承認と収入源情報開示の同意／承認の署名

下記に署名することによって、提供した情報は私の認識する限り正しいことを承認し、申請に必要な書類は必ず提出しなければならないことも理解します。また、提出情報は改めて審理、検証の対象になりうること、そして収入源の証明をするために提出書類の開示を承認します。提供した情報は補助対象資格審査にのみ使用され、内部で極秘に取り扱われます。

申請人、配偶者、同居人の署名（18歳以上の人すべて）

	SIGNATURE 署名	Print First Name and Middle Initial (下の)名前とミドルネームイニシャル	Print Last Name 姓
1 Yourself 本人			
2 Spouse 配偶者			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Date 日付

RENEWAL 更新について

You must reapply before July 1st every year for recertification by completing a new application and submitting current documentation no earlier than sixty (60) calendar days prior to the expiration date on your approval letter.

毎年7月1日までに新しい申請書と必要書類を揃えて、再申請する必要があります。
再申請は承認書にある有効期限より 60 日前から可能です。

MAIL THE APPLICATION AND SUPPORTING DOCUMENTS TO: 申請書と必要書類を以下に郵送してください

LOW INCOME TRANSIT FARE PROGRAM

Department of Transportation Services

City and County of Honolulu

711 Kapiolani Boulevard, Suite 1600

Honolulu, HI 96813

FOR ASSISTANCE: Please Call (808) 768-8372 お問い合わせは(808)768-8372 まで